



## Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

35 | 2013

Quand la santé des femmes rejoint la lutte pour  
l'égalité des droits

---

# Entre boom économique et pénurie sanitaire : la situation des femmes laotiennes

Isabelle Decout

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2271>

ISSN : 2105-2522

### Éditeur

Médecins du Monde

### Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2013

Pagination : 44-51

ISSN : 1624-4184

### Référence électronique

Isabelle Decout, « Entre boom économique et pénurie sanitaire : la situation des femmes laotiennes », *Humanitaire* [En ligne], 35 | 2013, mis en ligne le 29 juillet 2013, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2271>

---

© Tous droits réservés

# Entre boom économique et pénurie sanitaire : la situation des femmes laotiennes

par Isabelle Decout

**Ancienne coordinatrice de la mission de Médecins du Monde au Laos entre 2010 et juin 2013, Isabelle Decout revient sur le projet pilote de maternité sans risque lancé par l'ONG dans ce pays. L'auteur décrit les difficultés de mener un tel projet dans un contexte autoritaire et en tire la conclusion que l'approche par le genre et le droit doit venir renforcer le contenu proprement médical.**

Pour le Laos, pays enclavé de 6,5 millions d'habitants, montagneux et pluriethnique, l'année 2012 aura marqué un tournant. Cette ancienne possession française, qui fit longtemps figure de parent pauvre au sein de l'ex-Indochine, devient alors le nouveau pays émergent de la région. Son produit intérieur brut (PIB), passé de 300 dollars par tête et par an à 1 200 dollars en dix ans, a augmenté cette année-là de 8,3 %, soit la plus forte hausse de toute l'Asie du Sud-Est. Le Laos sortait ainsi de la catégorie des pays pauvres pour entrer dans celle des « pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ». En octobre 2012, après des années de négociations, il arrachait ainsi son entrée officielle à l'Organisation mondiale du commerce. Enfin, en novembre, il bénéficiait d'une certaine reconnaissance sur la scène internationale avec l'organisation du sommet Europe-Asie : Vientiane, la capitale, recevait alors des dizaines de dirigeants et de hauts fonctionnaires, y compris le Premier ministre chinois, le président du Conseil européen et le président de la République française.

### — Une « ouverture » purement économique par rapport à une société civile embryonnaire

Cependant, l'ouverture dont ne cesse de parler le gouvernement lao n'est jusqu'à présent qu'économique. Depuis la prise de pouvoir en 1975 par le Pathet Lao – formé de rebelles communistes soutenus par les Nord-Vietnamiens –, le Laos vit toujours à l'heure d'un système politique verrouillé par le Parti populaire révolutionnaire : pas de liberté politique, une liberté d'expression encadrée, nulle dissidence tolérée, mais une libéralisation de l'économie et l'enrichissement d'une élite politique et militaire prédatrice. Jusque récemment, les associations locales, appelées officiellement « Non-Profit Associations (NPA) » étaient interdites. Bien qu'elles continuent à être étroitement réglementées, surveillées, et souvent liées au gouvernement, un décret du Premier ministre d'avril 2009 a permis à quelques associations de voir le jour.

En octobre 2012, le Forum des peuples d'Europe et d'Asie était placé sous le thème assez convenu de « la solidarité des peuples contre la pauvreté et pour le développement durable : défier les injustices et les inégalités du développement, construire des États de citoyens, pour les citoyens ». Il aura pourtant représenté une grande première en matière de participation de la société civile. Il constitua en effet une excellente occasion pour les ONG internationales et les NPA de travailler ensemble afin de démontrer l'importance de la participation de la société civile dans le développement du pays et d'améliorer la compréhension mutuelle entre le gouvernement lao, les organisations de masse et les associations locales, comme

internationales. De ce point de vue, ce Forum a été un réel succès, créant beaucoup d'attentes au sein de la société civile. Malheureusement, cette tendance encourageante s'est dissipée bien vite : en décembre, le gouvernement expulsait la représentante d'une ONG internationale tandis que, quelque temps après, Sombath Somphone, figure emblématique de la société civile lao naissante, disparaissait purement et simplement.

## Santé sexuelle et reproductive : la situation au Laos

Le modèle laotien – basé uniquement sur la croissance économique et couplé à un système de parti unique – favorise le clientélisme et la corruption tout en limitant grandement un développement à la fois plus durable et moins inégalitaire. La faiblesse du secteur éducatif s'ajoute à l'insuffisance de la formation professionnelle dans un pays qui manque de personnel qualifié, et où 27 % de la population est illettrée.

Le secteur sanitaire est à peine moins glorieux. Bien que le gouvernement ait approuvé pour 2013 une forte augmentation des dépenses publiques consacrées à la santé (passant de 4,1 à 9 % des dépenses publiques totales), le Laos reste au dernier rang des pays de la région d'Asie du Sud-Est et du Pacifique : la situation sanitaire demeure critique. Malgré une progression significative durant les deux dernières décennies, le ratio de mortalité maternelle de 405 décès pour 100 000 naissances vivantes est parmi les plus élevés d'Asie du Sud-Est. On estime que plus de deux femmes meurent en couches chaque jour au Laos. Actuellement, le risque de décès maternel est de 1 sur 49 (il est de 1 sur 15 000 en Europe), alors que l'un des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) à l'horizon 2015 est un ratio de mortalité maternelle de 185 pour 100 000 naissances vivantes.

Certes, l'Union des femmes lao, une organisation de masse nationale dont l'objectif affiché est la défense des droits des femmes et l'égalité des sexes, est présente dans chaque district. Mais sur le terrain, le manque de moyens, le peu de formation, et la dépendance politique directe des représentantes au Parti ne permettent pas réellement de mettre en place des actions intéressantes en faveur des femmes lao.

Le sujet des violences sexuelles reste extrêmement délicat à aborder ouvertement tant au niveau des autorités que des communautés. De fait, très peu de données sont disponibles. Bien que « toléré » (aucun médecin le pratiquant n'a jamais été condamné), l'avortement reste

illégal. Les femmes peuvent se procurer assez facilement l'équivalent d'une combinaison abortive, mais le médicament reste cher (7 euros). En cas de problème, les femmes viennent ensuite au centre de santé ou à l'hôpital de district qui va dispenser des soins post avortement.

### — Le projet pilote de maternité sans risque dans la province de Champasak

En août 2010, Médecins du Monde (MdM) ouvrait un nouveau bureau à Vientiane. Malgré un certain passif (expulsion du coordinateur général des premiers programmes MdM au Laos dans les années 1990), après neuf mois de négociations, le gouvernement délivrait en effet à l'association les autorisations nécessaires à la mise en place du projet pour dix-huit mois.

Les bénéficiaires directs du projet sont : les femmes en âge de procréer, les enfants de moins de 5 ans, le personnel travaillant dans les centres de santé, les hôpitaux et les bureaux de la santé des districts ; les promoteurs de santé villageois formés à la santé maternelle, infantile et reproductive ; les sages-femmes communautaires étudiantes et l'équipe professorale du Collège des sciences de la santé de Champasak. Les districts Moonlapamok et Sukhuma, situés aux frontières cambodgienne et thaïlandaise au sud du pays, sont choisis pour leur éloignement de la capitale de province, Pakse, et pour leurs indicateurs de pauvreté.

S'il reste très difficile de recueillir des données fiables, une enquête quantitative réalisée par l'association en avril 2011 révèle que moins de 4 % des accouchements ont eu lieu dans les hôpitaux de district et aucun dans les centres de santé. Seules 46 % des femmes enceintes ont bénéficié d'au moins une consultation prénatale avec un personnel de santé. Enfin, le taux de césariennes est inférieur à 0,3 %, bien en deçà du seuil minimum de l'OMS de 1 % (le taux admissible est de 5 % dans les pays en développement, de 15 % dans les pays développés). Par ailleurs, une enquête qualitative menée à la même période montre que le niveau d'information sur la santé reproductive et sur les signes de danger pendant la grossesse est très faible : 99 % des femmes en âge de procréer dans les districts de Moonlapamok et Sukhuma ne connaissaient pas trois signes de danger liés à la grossesse et la période postnatale. Enfin, l'accessibilité financière à la santé reste limitée dans un pays où 70 % de la population vit avec moins de 0,5 euros par jour. Un accouchement à la maison avec une accoucheuse traditionnelle revient environ à 5 euros ; il coûte autour de 15 euros dans un établissement de santé et de plus de 150 euros en cas de césarienne.

L'objectif du projet est de contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile pour les enfants de moins de 5 ans, en améliorant l'accès à la prévention et à des soins de santé de qualité pour les populations cibles. Le projet est construit autour de trois axes complémentaires :

- l'amélioration de la qualité de l'offre de soins de santé reproductive et de santé maternelle et infantile, et le renforcement du continuum de soins à travers principalement la formation des personnels de santé ;
- l'amélioration des connaissances et aptitudes des populations, à travers des sessions d'éducation à la santé dans les villages ;
- la levée des barrières financières à l'accès aux soins de santé maternelle et infantile à travers la mise en place d'un système de *voucher* pour les femmes enceintes.

L'équipe médicale, constituée uniquement de femmes, infirmières, sages-femmes, laotiennes, françaises et japonaises, travaille dans les districts en étroite collaboration avec le personnel de santé du gouvernement. L'équipe MdM est généralement accompagnée d'une autorité de la santé au niveau du district et/ou de la province quand elle se rend dans les villages.

Les sessions d'éducation à la santé qui y sont organisées sont principalement suivies par des femmes, de toutes générations, mais surtout celles en âge de procréer, même s'il n'est pas rare que des hommes se joignent et participent, leur intérêt se limitant toutefois souvent aux questions financières relatives à la gratuité des soins. Les femmes sont quant à elles intéressées avant tout par la planification familiale, et, sur ce point, elles semblent autonomes : ce sont *a priori* elles qui décident et choisissent la méthode, qu'elles se procurent elles-mêmes. Elles n'évoquent jamais l'interférence de leur conjoint, sauf pour le préservatif, rejeté souvent au motif qu'il diminue le plaisir de l'homme.

La question du plaisir en lui-même a été quelquefois abordée, mais globalement il semble admis que les relations sexuelles se doivent avant tout de contenter l'homme. Quoi qu'il en soit, le fait d'évoquer ce sujet n'a pas eu l'air de choquer les participants : ni rejet perçu, ni tabou évoqué interdisant la discussion, mais une grande timidité. Cette timidité, des hommes comme des femmes, est d'ailleurs persistante quel que soit le sujet abordé, que les autorités soient présentes ou non, et limite dans l'ensemble les échanges au cours de ces sessions d'éducation dans les villages, rendant difficile l'établissement d'un vrai dialogue.

Certains sujets tels que le droit à l'avortement ou les violences liées au genre semblent plus délicats à aborder, mais relèvent peut-être moins d'une barrière culturelle que d'une certaine « frilosité » de la part des équipes MdM, liée au positionnement du gouvernement jugé *a priori* défavorable.

### — **Le voucher : une tentative pour promouvoir le droit à la santé des femmes**

Encouragé par les bailleurs, le ministère de la Santé lao élabore en 2010 une « Stratégie de financement de la santé pour 2011-2015 ». Cette dernière inclut la mise en place de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Cette volonté politique du gouvernement incite alors MdM à s'engager sur cette thématique. Profitant de l'expérience de la Croix-Rouge suisse et lao depuis plus de dix ans dans la gestion des Health Equity Funds<sup>1</sup>, Médecins du Monde établit un partenariat avec eux pour mettre en place un projet pilote de *vouchers*<sup>2</sup>. Ce système couvre les soins au niveau des centres de santé, des hôpitaux de districts et de l'hôpital de province (quatre consultations prénatales, l'accouchement, la césarienne, la prise en charge des complications de la grossesse, deux consultations postnatales).

1. HEF : exemption de paiement des soins pour les familles les plus pauvres mis en place dans 76 districts sur 134.

2. Bons ou chèques santé.

Il inclut également des bénéfices non médicaux tels que le transport pour aller accoucher dans une structure de santé, une allocation pour les repas et le transport jusqu'à une structure de référence en cas de complication obstétricale. Le *voucher* est distribué aux femmes enceintes dans les villages par un « promoteur de la santé materno-infantile », volontaire villageois mis en place par le gouvernement lao dans tout le pays, et formé et suivi par MdM pour ces nouvelles tâches.

Dans le contexte lao où les femmes sont confrontées à de nombreuses barrières pour accéder aux soins et où le taux d'utilisation des structures de santé reste très faible, l'approche présente potentiellement plusieurs avantages. Le *voucher* permet de promouvoir le droit des femmes à l'accès gratuit aux soins de santé maternelle. Il s'agit également d'une composante de l'éducation de la santé pour celles qui ne connaissent pas leurs droits et n'ont pas confiance dans les structures de santé. Les coûts rattachés à ce paquet de services ont été calculés sur la base d'une note de service du ministère de la Santé lao paru en juillet 2011. MdM a ajouté des tarifs pour la prise en charge des complications obstétricales en lien avec la mortalité maternelle. Les prix de transport lors de référencement ont été définis en accord avec les autorités dans chaque district.

Le partenariat avec la Croix-Rouge lao, déjà présente auparavant dans les districts, permet à MdM de se concentrer sur la partie médicale (comme l'amélioration des indications de référencement), alors que les partenaires développent une gestion financière pérenne du système (collecte mensuelle des données, avances aux structures de santé pour le transport et l'allocation repas, mécanisme de remboursement régulier des structures de santé, suivi et audits dans les villages).

Après un an de mise en place du système, les résultats sont encourageants. Le taux d'accouchement institutionnel a été multiplié par quatre, passant de 5,2 à 20 %. L'amélioration progressive de la coordination entre MdM, la Croix-Rouge lao et le personnel de santé dans les districts permet une gestion plus efficiente du système. S'il est difficile d'évaluer les résultats du système en matière de droit à la santé, il semblerait que les femmes, si elles n'osent généralement pas s'opposer directement au personnel ou aux autorités de santé, sont toutefois représentées par les promoteurs de santé de leur village. Lors des réunions organisées tous les deux mois avec MdM, les personnels et les autorités de santé, les promoteurs (femmes et hommes) n'hésitent pas à se plaindre avec véhémence en cas de mauvaise prise en charge ou de non-respect de la gratuité des soins. Les plaintes des villageois sont par ailleurs supposées être relayées aux chefs de village et chefs de groupe de villages, qui peuvent user de leur influence (relativement importante) sur le personnel de santé et les autorités de santé du district. De fait, une amélioration du comportement de certains personnels de santé a pu être observée.

### Un projet SSR ou SMI...

Dans son récent positionnement sur la santé sexuelle et reproductive (SSR), Médecins du Monde affirme sa volonté de travailler en faveur de l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive. L'organisation s'inscrit ainsi dans la lignée des textes internationaux et régionaux définissant les droits humains, et en particulier ceux des femmes, d'accéder à des services de qualité permettant une santé sexuelle et reproductive satisfaisante. Ce premier pas a permis de clarifier des points importants et de donner une ligne d'action plus politique aux terrains. Cependant, son application concrète sur le terrain reste encore à améliorer.

Au Laos, plusieurs facteurs entravent sa mise en œuvre. Il en va ainsi, et tout d'abord, comme nous l'avons expliqué en introduction, du contexte répressif. Avec une société civile quasi inexistante, et un État autoritaire pour qui l'éducation n'est pas la priorité, la population est



peu encline à poser des questions et à revendiquer ses droits. Autre facteur, au niveau national comme international, les Objectifs du millénaire 4 et 5 qui restent la priorité et un moyen d'actualité pour obtenir des financements. Les bailleurs poussent le gouvernement à améliorer la santé maternelle et infantile (SMI) et parlent peu (voire pas) de santé sexuelle et reproductive. De même que pour un projet d'ONG, au niveau du gouvernement, les résultats attendus (augmentation des indicateurs tel le nombre de consultations pré et postnatales, le nombre d'accouchements institutionnels, etc.) s'avèrent plus simples et moins polémiques à suivre que la diminution de la violence faite aux femmes, ou leur capacité à revendiquer leurs droits à la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables, sans risque, sans contrainte, discrimination ni violence.

Le travail de Médecins du Monde a incontestablement permis une avancée, mais les ressources humaines allouées au projet restent, dans le cas du Laos, très médicales. Un travail sur la dimension « genre et droits » viendrait sans aucun doute renforcer l'organisation des activités du projet. De cette manière, nous éviterions l'écueil que pointait déjà l'OMS en 2002 de voir des projets de maternité sans risque essentiellement centrés « sur la manière de rassembler ce qui est souvent vu comme les trois piliers de la santé en matière de reproduction : la santé maternelle, la planification de la famille, et la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) ». Or, ne manquait pas d'insister l'OMS, « le programme relatif à la santé de la reproduction exposé dans les recommandations [de la conférence du Caire] implique bien plus que d'ajouter quelques éléments à des programmes de santé maternelle et infantile et de planification de la famille déjà existants. Il requiert des approches concrètes pour intégrer des préoccupations en matière de droits humains, et pour aborder les inégalités entre les sexes dans un cadre général d'équité et de justice sociale<sup>3</sup> ».

3. « Transforming Health Systems : Gender and Rights in Reproductive Health » (Organisation mondiale de la santé, 2002).

### L'auteur

Diplômée en économie du développement et en santé publique, Isabelle Decout a vécu sept ans au Laos où elle a été coordinatrice de la mission de Médecins du Monde.

L'auteur remercie Maelle Riaud (coordinatrice médicale) et Flora Mougard (sage-femme) pour leurs apports à cette contribution et leur relecture attentive.